

FICHE DE DEMANDE D'APPUI DU DAC

Date de la demande* : _____

* : Champs obligatoires

DEMANDEUR

Nom* : _____ Prénom* : _____
 Fonction* : _____ Structure / service* : _____
 Adresse : _____
 Mail pro / sécurisé : _____ Téléphone* : _____
 Meilleur(s) moment(s) pour vous joindre : _____

PERSONNE CONCERNÉE

Nom d'usage* : _____ Nom de naissance : _____ Prénom* : _____
 Date de naissance* : _____ Sexe* : ☐ Femme ☐ Homme ☐ Non genré
 Adresse* : _____ CP : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____

 **La personne concernée doit être informée du recours au DAC et du partage d'informations entre professionnels que cela implique. Elle peut s'y opposer à tout moment.**

La personne concernée est-elle informée de l'intervention du DAC* ? ☐ Oui ☐ Non

☐ La personne concernée présente une altération de ses facultés impactant sa capacité à recevoir l'information

 Si nécessité d'une visite à domicile, y a-t-il un risque de dangerosité ? ☐ Oui ☐ Non

FAMILLE / PERSONNE DE CONFIANCE / AIDANT NATUREL

NOM-Prénom :	Lien :	Téléphone / Mail :

MÉDECIN TRAITANT

Nom - Prénom* : _____
 Adresse* : _____
 Téléphone : _____ Mail : _____

Le médecin a-t-il été informé de cette démarche* ? ☐ Oui ☐ Non, pourquoi ? : _____

☐ Absence de médecin traitant Identification patient prioritaire / CPTS ? ☐ Oui ☐ Non ☐ À identifier

PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS

☐ Oui ☐ Non ☐ En cours Si oui, NOM-Prénom du mandataire : _____
 Structure / coordonnées : _____
 Téléphone : _____ Mail : _____

PROFESSIONNELS/STRUCTURES/SERVICES/ÉQUIPES SPECIALISÉES INTERVENANTS

Type (SSIAD, SAAD, DIMA, PCPE, CMP...)	NOM - Prénom du professionnel	Téléphone / Mail

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ET PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES

- ☐ Manque de ressource / de coordination médico-sociale
- ☐ Problèmes liés aux aidants
- ☐ Refus des interventions et des aides
- ☐ Isolement social et géographique

- ☐ Environnement de vie inadapté
- ☐ Problématiques spécifiques liées à la(aux) pathologie(s)
- ☐ Vulnérabilité / altération des facultés impactant le parcours de soins et/ou mise en danger

☐ **Passages itératifs aux services des urgences (DAUM)**

Précisez les difficultés que vous rencontrez dans l'accompagnement de cette situation* :

Démarches en cours :

Antécédents médicaux :

VOS ATTENTES / BESOINS D'APPUI CONCERNANT CETTE DEMANDE

- ☐ Coordination des soins médicaux et des interventions médico-sociales
- ☐ Mise en place d'aides et d'interventions à domicile
- ☐ Adaptation du lieu de vie / admission en établissement
- ☐ Aide à l'accès aux droits et aux soins

- ☐ Soutien aux aidants
- ☐ Médiation relative au refus d'aide / refus des soins
- ☐ Démarches liées à la protection juridique de la personne
- ☐ Médiation entre les professionnels intervenants, le patient / son entourage

☐ **Autres (à préciser) :**

Le DAC anime l'Observatoire Départemental des Ruptures de Parcours de Santé.

En vue d'améliorer la continuité et la qualité des soins sur le territoire, cet observatoire permet de recenser et analyser les situations de rupture, pour remontées d'informations et de préconisations auprès des pouvoirs publics.

Pour plus d'informations sur l'Observatoire : appuisanteloiret.fr

Formulaire complété à adresser par mail : dac45@appuisanteloiret.fr ; mail sécurisé : appuisanteloiret@cvl.mssante.fr

Dispositif d'Appui à la Coordination : 02 38 248 248

Appui Santé Loiret – 25 Avenue de la Libération – 45000 ORLEANS